

Bienvenido a
Sun Valley Behavioral Medical Center, Inc.

Favor de proporcionar la siguiente información, para poder servirle mejor:

Nombre _____ Fecha de Nacimiento _____ Edad _____

Sexo: Masculino / Femenino Numero de Seguro Social _____ Ocupación _____

Estado Civil: Soltero Casado Divorciado Separado Viudo Nombre del Conyugue _____

Domicilio _____

Ciudad, Estado, Código Postal _____ Número de Teléfono (____) _____

Dirección de Correo Electrónico _____

Contacto de emergencia y numero de teléfono _____

Si el paciente es menor de edad, Nombre de Padres/Tutor _____

*Menores de edad tienen que ser acompañados por alguien mayor de 18 años

*Para padres divorciados: Quien tiene custodia _____

Nombre de Seguro Médico _____

Nombre de Dueño de Póliza _____

Fecha de Nacimiento de Dueño de Póliza _____

Número de Seguro Social de Dueño de Póliza _____

Relation con el paciente _____

Reglas Internas del Consultorio

1. Toda la información es estrictamente confidencial. Sin embargo, se notifica a médicos, terapeutas, y agencias que lo(a) hayan referido. También estamos obligados por ley a reportar incidentes o sospechas de abuso infantil o de ancianos, así como amenazas de daño en contra de Usted u otros.
2. Por razones de confidencialidad, es responsabilidad del paciente hacer y cambiar citas, solicitar recetas, y contactarnos por teléfono directamente.
3. La forma de contacto preferida es el número de teléfono de nuestra oficina. Si su doctor/proveedor no esta disponible puede dejar un mensaje con nuestro personal o en nuestro buzón de voz confidencial. Si desea que su doctor/proveedor regrese su llamada, por favor deje su nombre, número(s) de teléfono y un mensaje corto referente a la naturaleza de su llamada. Aun si considera su llamada como urgente o muy importante, **por favor no trate de contactar a su doctor/proveedor por otros medios que no sean los números oficiales de Sun Valley Behavioral (por ejemplo, números telefónicos personales o celulares, correo electrónico, o algún otro medio electrónico de comunicación).**

4. En caso de una emergencia médica o una emergencia que sostenga amenaza para su seguridad o la de otras personas, por favor contacte el 911 para obtener ayuda de emergencia, o contacte las oficinas de seguridad pública locales (sheriff o policía). Las líneas de ayuda locales pueden proveer apoyo e intervenciones breves de ser requerido y sus servicios están disponibles 24/7. La línea de ayuda local es 760-352-SURE (7873).
5. En un esfuerzo por reducir los errores médicos y mejorar la seguridad del paciente, se tomará una fotografía como parte de nuestro proceso de identificación, también denominado "identificador positivo del paciente".

Acuerdo de Responsabilidad Financiera del Paciente

En Sun Valley Behavioral Medical Center, Inc. (SVBMCI) estamos comprometidos a brindar atención y servicio de calidad a todos nuestros pacientes. Su comprensión de nuestras políticas financieras es importante para nuestra relación profesional. Tómese un momento para leer este documento para comprender completamente su responsabilidad como paciente y firmar y fechar la parte inferior.

Información de Seguro: Usted es responsable de asegurarse de que tengamos toda la información actualizada sobre su aseguranza, incluidas las tarjetas de seguro actuales. Si no proporciona esta información de manera oportuna, es posible que se le facturen cargos. Le pedimos que actualice y verifique su registro en cada visita.

Deducibles y copagos del plan de salud: Si no ha alcanzado el deducible de su plan de salud en la fecha del servicio, cobraremos un monto estimado para su deducible antes de su visita. Tenga en cuenta que puede recibir una factura por cargos adicionales por los servicios prestados. Usted es responsable de cualquier copago requerido por su compañía de seguro en el momento del servicio. Los pagos recibidos en exceso de los cargos pueden aplicarse a servicios posteriores.

Referencias: Si su póliza de seguro requiere una referencia, usted es responsable de asegurarse de que haya una referencia actual y válida en el archivo antes de ser visto.

Pago por cuenta propia: Si no tiene seguro de salud, tiene un plan con el que no estamos contratados o si no podemos verificar su cobertura al momento del servicio, cobraremos un pago estimado antes de que lo vea un medico o proveedor. Es posible que existan cargos adicionales según los servicios prestados por los cuales puede recibir una factura.

Cheques devueltos: Cobramos una tarifa de \$ 35.00 por cualquier cheque devuelto.

Política de no presentarse: Si no puede asistir a su cita, le pedimos que la cancele con al menos 24 horas de anticipación. Si no cancela una cita de manera oportuna, se le cobrará una tarifa de \$ 50.00 de acuerdo con esta política. Después del tercer incidente (3 como máximo) de no presentarse a su cita, el paciente será dado de baja de nuestra oficina.

Menores: Para todos los servicios prestados a pacientes menores de edad, el padre, tutor o parte responsable que lleva al paciente a la cita es responsable de todos los pagos debidos al momento del servicio.

Cuentas atrasadas: Montos adicionales, incluyendo cobros por agencias de colección y cargos financieros, pueden ser agregados a cuentas que no han sido saldadas. Su cuenta puede ser enviada a una agencia de cobranza si el saldo tiene 90 días de antigüedad y no se ha realizado ningún pago parcial del saldo.

Contacto: Si tiene alguna pregunta sobre su factura, comuníquese con Mendez Billing Services al 760-355-8817.

He leído las políticas financieras anteriores de SVBMCI así como la política de la oficina y acepto cumplir con sus términos. También entiendo que SVBMCI tiene el derecho de modificar estas políticas en cualquier momento.

Firma del Paciente o Parte Responsable: _____ Fecha: _____

Nombre Impreso del Paciente: _____

Nombre Impreso de Parte Responsable: _____ Relación al Paciente: _____

Número de Tel. de Parte Responsable: _____

Nombre: _____ **Fecha de nacimiento:** _____ **Fecha:** _____

Queja:

¿Qué ha motivado su visita hoy? _____

Fecha de inicio de su problema más frecuente: _____

Factores que atribuyen a su problema: _____

Factores de alivio: _____

Historial clínico:

¿Ha tenido alguna de las siguientes enfermedades?

___ Presión arterial alta, hipertensión

___ Diabetes

___ Hiperlipidemia

___ Tiroides

___ Enfermedad pulmonar obstructiva crónica

___ Asma

Cirugías y fechas: _____

¿Has usado alguno de los siguientes? ___ Cigarros ___ Alcohol ___ Cristal ___ Marihuana ___ Cocaína ___ LSD

___ Heroína ___ Acido ___ Downers ___ Pastillas de dieta

Medicamentos:

Por favor enliste todos sus medicamentos actuales y sus dosis:

¿Ha tenido reacciones alérgicas a algún medicamento? _____ Si sí, ¿qué tipo de reacción? _____

Historial de salud mental:

¿Has sido tratado por depresión o ansiedad? _____

¿Alguna vez ha tenido pensamientos o actuado para hacer daño a sí mismo u otros? _____

¿Cuántas horas duermes por la noche? _____ ¿Se siente descansado al despertar? _____

¿Tiene insomnio? _____

¿Hay algún miembro de su familia con problemas de salud mental? _____

(ej. Bipolar, Esquizofrenia, Suicidio)

¿Cuál es el nivel de educación más alto que ha completado? _____

¿Actualmente tiene empleo? _____ ¿Por cuánto tiempo? _____

¿Ha sido alguna vez despedido? _____

¿Cuál fue su trabajo más largo y por cuántos años? _____

¿Ha estado usted en el ejército? _____ ¿Cuánto tiempo? _____

¿Qué tipo de liberación tuvo? _____ ¿Ha estado en combate activo? _____

Historial legal:

¿Alguna vez ha estado detenido o encarcelado? _____

Historial familiar:

¿Con quién vive?

Pacientes femeninas:

¿Cuándo fue su último período menstrual? _____

¿Qué tipo de anticonceptivos usa? _____

Nombre _____

Fecha _____

Durante las últimas 2 semanas, ¿Con qué frecuencia ha sentido molestias por los siguientes problemas? (Use "X" para indicar su respuesta)	Para nada	Varios días	Más de la mitad de los días	Casi todos los días
1. Poco interés o placer en hacer las cosas	0	1	2	3
2. Sentirse desanimado(a), deprimido(a) o sin esperanzas	0	1	2	3
3. Problemas para dormir, mantener su sueño o dormir demasiado	0	1	2	3
4. Sentirse cansado(a) o con poca energía	0	1	2	3
5. Comer muy poco o comer en exceso	0	1	2	3
6. Sentirse mal de sí mismo(a), o tener sentimientos de fracaso o de abandono, ya sea propio o de la familia	0	1	2	3
7. Dificultad para concentrarse. Por ejemplo al leer el periódico o ver televisión	0	1	2	3
8. Moverse o hablar tan despacio que otras personas lo noten, o por el contrario, estar tan inquieto(a) o intranquilo(a) que se mueve o habla mucho más de lo normal	0	1	2	3
9. Pensamientos de que sería mejor estar muerto(a) o deseos de lastimarse de alguna forma	0	1	2	3
Uso de oficina Calificación Total _____ = _____ + _____ + _____				
Si marcó cualquier problema, ¿qué grado de dificultad le generaron estos problemas para realizar su trabajo, encargarse de las tareas domésticas o relacionarse con otras personas?	No ha sido difícil []	Algo difícil []	Muy difícil []	Extremadamente difícil []

GAD-7				
Durante las últimas 2 semanas, ¿con qué frecuencia ha sentido molestias por los siguientes problemas? (Use "X" para indicar su respuesta)	Para nada	Varios días	Más de la mitad de los días	Casi todos los días
1. Sentirse nervioso(a), ansioso(a), o con los nervios de punta	0	1	2	3
2. Preocupación constante, y/o difícil de controlar	0	1	2	3
3. Preocuparse demasiado y por diferentes cosas	0	1	2	3
4. Dificultad para relajarse	0	1	2	3
5. Estar tan inquieto(a) que es difícil permanecer sentado(a) tranquilo(a)	0	1	2	3
6. Molestarse o irritarse fácilmente	0	1	2	3
7. Sentir miedo como si algo terrible pudiera pasar	0	1	2	3
Para uso de la oficina: Calificación Total _____ = _____ + _____ + _____				

FSG									
La siguiente pregunta es para medir su función sexual, ya sea que haya tenido sexo o no. ¿Considerando de manera general su nivel de deseo, su nivel de excitación (ej. lubricación o erección) y su orgasmo; como calificaría su función sexual en las últimas 2 semanas? (Use "X" para indicar su respuesta)									
MALO		REGULAR			BUENO			EXCELENTE	
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10

PDQ-5					
Las siguientes preguntas describen problemas que la gente puede tener con su memoria, atención o concentración. Por favor seleccione respuestas basadas en su experiencia durante los últimos 7 días . (Use "X" para indicar su respuesta)					
Durante los últimos 7 días, que tan seguido...	Nunca en los últimos 7 días	Raramente (1 a 2 veces)	Algunas veces (3 a 5 veces)	Frecuente (casi a diario)	Muy frecuente (varias veces al día)
Tuvo problemas organizando sus cosas?	0	1	2	3	4
Tuvo problemas concentrándose en lo que estaba leyendo?	0	1	2	3	4
Tuvo que consultar la fecha del día? Porque no la pudo recordar	0	1	2	3	4
Olvidó de lo que había hablado después de una conversación telefónica?	0	1	2	3	4
Sintió que su mente estaba totalmente en blanco?	0	1	2	3	4
Sumar la puntuación de cada columna					

ESCALA DE LIMITACIONES DE SHEEHAN										
POR FAVOR MARQUE SOLO UN NUMERO EN CADA ESCALA										
TRABAJO/ESCUELA										
Los síntomas han interferido con su trabajo/escuela										
Para Nada	Levemente			Moderadamente			Mucho		Extremadamente	
0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
VIDA SOCIAL										
Los síntomas han interferido con su vida social y actividades de tiempo libre										
Para Nada	Levemente			Moderadamente			Mucho		Extremadamente	
0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
VIDA FAMILIAR/ RESPONSABILIDADES DEL HOGAR										
Los síntomas han interferido con su vida familiar/sus responsabilidades del hogar										
Para Nada	Levemente			Moderadamente			Mucho		Extremadamente	
0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10

DIAS PERDIDOS

¿Cuántos días de la última semana ha faltado al trabajo o a la escuela o ha sido incapaz de cumplir con sus responsabilidades diarias normales por causa de sus síntomas? _____

DIAS POCO PRODUCTIVOS

¿Cuántos días de la última semana se sintió tan afectado(a) por sus síntomas que su productividad se redujo, aunque fue al trabajo o a la escuela? _____

Questionario de trastornos del humor

PACIENTE _____

CALIFICACIÓN _____

FECHA _____

1. *¿Ha habido algún período en que usted no se sentía la persona de siempre y estuvo en alguna de estas situaciones?*

Se sentía tan bien o con tanto ánimo que otras personas pensaban que usted no actuaba en forma normal o tenía tanto ánimo que le acarreaba problemas.

sí no

Estaba tan irritable que le gritaba a la gente o iniciaba peleas o discusiones.

sí no

Tenía mucha más confianza que lo normal.

sí no

Dormía mucho menos que lo acostumbrado y consideraba que en verdad no le afectaba.

sí no

Estaba mucho más locuaz o hablaba mucho más rápido que lo normal.

sí no

Las ideas se sucedían con velocidad en su cabeza o no podía relajar su mente.

sí no

Se distraía con tal facilidad con las cosas a su alrededor que tenía problemas para concentrarse o seguir la misma idea.

sí no

Tenía mucha más energía que lo normal.

sí no

Tenía mucha más actividad o hacía muchas más cosas que lo normal.

sí no

Se comportaba de forma mucho más sociable o extrovertida que lo normal, por ejemplo, llamaba por teléfono a sus amigos a media noche.

sí no

Tenía mucho más interés en el sexo que lo normal.

sí no

Hacía cosas inusuales para usted o que otras personas podían pensar que eran excesivas, absurdas o riesgosas.

sí no

Gastaba tanto dinero que le acarreaba problemas a usted o a su familia.

sí no

2. *Si respondió Sí a una o más de las alternativas anteriores, ¿se produjeron varias de éstas en el mismo período?*

sí no

3. *¿Cuál fue la gravedad del problema que le ocasionaron estas situaciones; como no poder trabajar, tener problemas familiares, de dinero o legales, involucrarse en discusiones o peleas?*

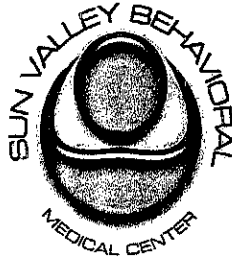
Seleccione sólo una respuesta.

Sin problema Problema menor Problema moderado Problema grave

—Adaptado con autorización de Robert M. A. Hirschfeld, MD

Saludos de





www.sunvalleyb.com

CONSENTIMIENTO PARA USO DE INFORMACIÓN CLÍNICA PARA INVESTIGACIÓN

En nuestra clínica, Sun Valley Behavioral Medical Center, realizamos proyectos de investigación para mejorar nuestro entendimiento de trastornos psiquiátricos y de la conducta; y así mejorar nuestros servicios. Lo hacemos presentando nuestros resultados en foros científicos.

Nos basamos en información clínica registrada en su expediente. Si decidimos extraer información de su expediente, le aseguramos la confidencialidad de su identidad, basado en regulaciones establecidas por el acta federal de confidencialidad (HIPAA).

Usted tiene derecho a no dar su consentimiento o a retirarlo en cualquier momento; sin que eso perjudique o interfiera con su tratamiento en esta clínica.

- Doy consentimiento para uso de información clínica en mi expediente para investigación.
- No doy consentimiento para uso de información clínica en mi expediente para investigación.

Nombre _____ (si es menor de edad, el padre o tutor debe firmar)

Firma _____ Fecha _____

CONSENTIMIENTO PARA FOTOGRAFÍA O VIDEO PARA INVESTIGACIÓN O ENSEÑANZA

En nuestra clínica, Sun Valley Behavioral Medical Center, realizamos proyectos de investigación para mejorar nuestro entendimiento de trastornos psiquiátricos y de la conducta; y así mejorar nuestros servicios. Lo hacemos presentando nuestros resultados en foros científicos.

Solicitamos nos de su consentimiento en caso de que sea necesario o útil, que grabemos en video o tomemos fotografía de cualquier manifestación clínica de su enfermedad. Le aseguramos que este material será utilizado de acuerdo a regulaciones establecidas por el acta federal de confidencialidad (HIPAA) para proteger su confidencialidad.

Usted tiene derecho a no dar su consentimiento o a retirarlo en cualquier momento; sin que eso perjudique o interfiera con su tratamiento en esta clínica.

- Doy consentimiento para ser fotografiado o grabado en video.
- No doy consentimiento para ser fotografiado o grabado en video.

Nombre _____ (si es menor de edad, el padre o tutor debe firmar)

Firma _____ Fecha _____